

婴幼儿泪囊炎的治疗综述

肖志刚,唐晓荣,杨慧玲,董翠兰,田 密

作者单位:(410000)中国湖南省长沙市,湖南省儿童医院眼科
作者简介:肖志刚,男,主治医师,研究方向:小儿眼病学。
通讯作者:肖志刚. Xiaozhigang881@163.com
收稿日期:2010-12-08 修回日期:2011-01-06

Treatment of infant dacryocystitis

Zhi-Gang Xiao, Xiao-Rong Tang, Hui-Ling Yang,
Cui-Lan Dong, Mi Tian

Department of Ophthalmology, Hunan Children's Hospital, Changsha
410000, Hunan Province, China

Correspondence to: Zhi-Gang Xiao. Department of Ophthalmology,
Hunan Children's Hospital, Changsha 410000, Hunan Province,
China. Xiaozhigang881@163.com

Received:2010-12-08 Accepted:2011-01-06

Abstract

• Infant dacryocystitis which affects appearance and induces conjunctivitis, keratitis, blepharitis lacrimal fistula is a common disease. Patients and their parents suffer from it. So far, there are no unified standard for the time and therapeutic method. The review summarizes the therapy of infant dacryocystitis.

• KEYWORDS: infant dacryocystitis; therapy; review

Xiao ZG, Tang XR, Yang HL, et al. Treatment of infant dacryocystitis. *Guoji Yanke Zazhi(Int J Ophthalmol)* 2011;11(2): 286-288

摘要

婴幼儿泪囊炎是婴幼儿一种常见眼病,其不仅影响眼部外观,而且可引起结膜炎、角膜炎、睑缘炎、泪囊瘘等多种慢性感染,给患儿和家长带来较大的痛苦。对于婴幼儿泪囊炎的治疗时机及治疗方法尚无统一的标准,现就婴幼儿泪囊炎的治疗做一综述。

关键词:婴幼儿泪囊炎;治疗;综述

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2011.02.27

肖志刚,唐晓荣,杨慧玲,等. 婴幼儿泪囊炎的治疗综述. 国际眼科杂志 2011;11(2):286-288

0 引言

婴幼儿泪囊炎是婴幼儿常见的眼病,约占婴幼儿的5%~6%。其原因绝大多数是由于鼻泪管下端开口被先天性膜组织封闭或上皮碎屑堵塞所致,极少数是由于鼻泪管或鼻部畸形产生的阻塞所致。泪囊内的病原微生物蓄积、繁殖而形成脓液,表现为出生后不久患眼出现泪溢、分泌物增多。治疗方法主要有抗生素眼液滴眼、泪囊区按摩、泪道冲洗和泪道探通。对行3次或3次以上泪道探通

后泪道仍不通畅的患儿选择行泪道置管。

选择合理的抗生素眼液滴眼及行泪道冲洗对婴幼儿泪囊炎的控制及创造泪道探通的时机至关重要。近些年来,随着环境的变化和抗菌药物的广泛应用,婴幼儿泪囊炎的病原菌群及其对抗菌药物的敏感性发生了较大的变化^[1]。国内近年来文献报道中显示其病原学分布特点:引起婴幼儿泪囊炎的菌株种类多达数十种,主要致病菌为G⁺球菌和G⁻杆菌,少部分为非发酵菌,而化脓性球菌(如金葡菌等)感染的比率则较低,少数病例为两种或多种细菌混合感染。这表明结膜囊正常菌群的主要细菌已成为感染性眼病的常见细菌。这种致病菌的变化可能是广谱抗生素应用较多,使病原菌减少,而条件致病菌较多,导致病原菌谱变化。结膜囊正常菌群对临床常用药物如氯霉素、阿米卡星、妥布霉素的耐药率逐年提高,药敏结果提示头孢类与喹诺酮类药物是敏感药物。考虑头孢类抗生素需作皮试且配制后不能存放过久,泪道内注药可常规选用喹诺酮类眼药水。对严重的泪囊炎病例可选用两种抗生素眼药水滴眼和泪道内注药^[2]。近年来国外的一些细菌培养研究中,Kuchar等^[3]发现,占首位的是肺炎链球菌,占35.4%,其次是嗜血杆菌,占19.6%^[4],检出的致病菌中除细菌外,还有少量的真菌,有茄病镰刀菌、绿色木霉、酵母菌等。

1 婴幼儿泪囊炎的治疗方法

1.1 泪道按摩 泪道按摩是一种非创伤性治疗,通过手法对鼻泪管施加一定的压力从而促使鼻泪管下端开口处封闭膜组织的开放。按摩方法:把小手指甲尽量剪短,用消毒液清洗干净后,用小手指腹部沿鼻骨自泪囊向上挤压,将泪囊及泪道内的分泌物排净,再向下加压通过泪道内的空气运动挤开鼻泪管处的残膜。力量应适宜,过轻达不到治疗目的,过重因患儿皮肤娇嫩,骨骼脆弱,易造成损伤。一日数次,按摩后滴用抗生素眼药,最好在患儿喂好或睡眠时进行以不影响患儿情绪及活动。临床研究报道,1~3月龄的患儿行泪道按摩效果最佳,而对6月龄以上的患儿效果较差^[5,6]。

1.2 泪道冲洗 对1月龄以上的婴幼儿如果行泪道按摩无效,可选择行泪道冲洗。方法:表面麻醉后,固定好患儿的四肢与头部。用左手食指向眼外眦方向推开下睑暴露下泪小点,扩张泪小点后用带针管的冲洗针插入下泪小管,首先用抗生素冲洗液常规作泪道冲洗,将泪道分泌物冲洗干净。然后用棉签轻压上泪点出口,继续冲洗泪道,使冲洗形成一定的压力。同时观察患儿是否有吞咽动作、是否见冲洗液返流、灌注是否有阻力等^[7]。泪道冲洗的并发症有皮下水肿、出血,且可能导致眼睑蜂窝织炎的发生。如果发生误呛可导致吸入性肺炎、窒息等严重后果。因此在操作过程中一定要做到准确、细腻,并仔细观察患儿的反应。

1.3 泪道探通 行3次及3次以上泪道冲洗后仍不通畅的患儿,可考虑行泪道探通,目前国内报道对于婴幼儿泪囊炎行泪道探通的年龄,多数认为在3~8月龄之间进行

为宜^[8]。术前准备:术前严禁喂食,以防术中误吸,有呼吸道疾病者暂缓治疗。表面麻醉术眼3次。采用7号泪道空心探针,前端光滑圆钝且两侧有开口。一次性注射器抽取9g/L生理盐水2mL备用。患儿取仰卧位由助手固定头部及四肢减少摆动,将上睑略翻转,先用泪点扩张器扩张上泪小点(也可选择下泪小点作为入口),术者一手持探针一手将患眼上睑略翻转暴露上泪点,将探针对准该泪点垂直进针约1.5mm,后水平稍向下前进至泪囊内侧骨壁处,再将探针头旋转使其沿着鼻泪管方向缓慢推进直至突破下端开口,进入下鼻道,此时有突破感或落空感。然后接冲洗液,推注少量生理盐水见患儿有吞咽动作或鼻孔有冲洗液流出,说明已探破阻塞的膜性组织。缓慢退出探针,同时注入抗生素眼膏。术后连续冲洗2~3次,若冲洗通畅证明鼻泪管探通成功,术后使用抗生素滴眼液1wk防治感染^[9]。手术要在充分熟悉解剖机构下操作,婴幼儿的组织韧性小,鼻梁发育不完善,内眦间距宽,泪小管长约1cm,而泪囊长6~7mm,鼻泪管长约1cm,因此进针深度注意不能超过2.7~3cm^[10]。进入泪小管时碰不到鼻骨壁,或垂直进针时遇狭窄不畅,均应稍退针再进针,切忌强行操作,以免形成假道,应强调在操作全过程都循序渐进,随时观察患儿有无吞咽动作,边探边冲洗直至探通泪道。探通后冲洗量适中,且速度不宜太快,以免引起呛咳甚至吸入性肺炎。行泪道探通时,熟练的探通技术和手感是获得泪道探通成功的关键,探通过程中术者判断膜性阻塞和骨性狭窄也很重要^[11]。进针部位的选择:探通时可选择从上或下泪小点进针,但下泪小点及泪小管承担大部分泪液引流量,为避免其受损伤,多选择上泪小点为泪道探通的入口^[12],只有当上泪小点暴露困难或上泪小管阻塞时,才选择从下泪小点进针。上泪小管和泪总管之间为钝角,较下泪小管短,走行向下方,探针易滑入泪囊,探入鼻泪管不容易产生假道和出血。而下泪小管走行向内上,与泪总管的夹角为直角,探到鼻泪道必须旋转90°,若探通不准,或触到骨壁后回退量掌握不好,易造成假道和出血^[13]。

1.4 泪道置管 对于行泪道探通3次或3次以上复发的婴幼儿泪囊炎,有学者称之为难治性婴幼儿泪囊炎。原因可能是患儿泪道存在多处粘连和狭窄,也有些患儿因瓣膜较厚,探针通过时只将其穿破,但未造成瓣膜脱落或缺损,当探针拔出时,由于破裂的膜瓣复位,管腔重新膜闭所致,而反复的泪道阻塞、泪道流脓造成泪管的纤维化粘连。目前对于此类患儿的临床报道较少,有学者在全身麻醉或局部麻醉下采用细硅胶管置入泪道,硅胶管保留3~6mo后拔出,取得了很好的疗效^[14,15]。细硅胶管置管术全身麻醉或术侧眶下神经阻滞麻醉,术眼表面麻醉,5g/L地卡因+1:5000肾上腺素棉签堵塞下鼻道5min;扩大上、下泪点;从上、下泪点分别探通鼻泪管阻塞部位,从下鼻道钩取探针将细硅胶管从鼻腔内引起,固定硅胶管于鼻腔。

2 讨论

婴幼儿泪囊炎为婴幼儿常见的眼病,如何早期有效的治疗是眼科医生面临的课题,对于婴幼儿泪囊炎的治疗,大家选择的病例及治疗方法无统一的标准,报道的结果亦不尽相同。马巧云等^[16]将婴幼儿泪囊炎患儿分为3组采用滴抗生素眼液、按摩泪囊及鼻泪管探通进行疗效观察,其结果为滴药组与按摩组相同,有效率均为40%,探通组则为95%。Tahat^[17]报告将婴幼儿泪囊炎患儿分为3组,分别采用单纯探通、加压冲洗和加压冲洗+探通3种方法进行治疗。结果显示加压冲洗+探通的治疗效果最佳,达

96%,而单纯探通和加压冲洗组分别为91%和64%。临床上目前多主张早期先行保守治疗,如按摩,有学者报道保守治疗的治愈率为3.43%^[18]。对单纯点药、按摩不能有效解决阻塞和感染问题时,早期的泪道冲洗能将泪道中存留的分泌物冲出,新生儿泪道弹性大,轻度的阻塞能够通过加压冲洗解除阻塞。如遇严重的阻塞冲洗不解决问题时,在冲洗液里加入抗生素,反复多次冲洗能将泪囊内的脓性分泌物冲洗干净,为行泪道探通创造一个无菌的环境。

婴幼儿泪囊炎探通时机历来各家说法不一^[19],有学者认为出生3mo后是行泪道探通术的最佳时机^[20]。出生后1mo内鼻泪管阻塞膜尚有自然破裂自愈的机会,不急于行探通术。年龄在3月龄以下的患儿,泪小点及泪小管均细小,睑裂窄,泪小点不易暴露,探针插入困难,易发生损伤。而随着年龄的增长,慢性炎性反应长期反复刺激泪囊及鼻泪管,导致鼻泪管阻滞膜逐渐增厚,鼻泪管逐渐狭窄,迁延形成瘢痕性阻塞,还可诱发急性泪囊炎、黏液囊肿、眶蜂窝织炎等。同时大龄的幼儿头部摇摆及四肢反束缚能力增强,增加了固定患儿的困难。因此多数学者认为对于新生儿至2月龄的患儿,应先行滴抗生素眼液和按摩泪囊等保守治疗。2月龄以后的婴儿,如果没有鼻道畸形、鼻炎、急性结膜炎者,可先进行泪道冲洗或加压冲洗2~3次。3月龄以后的患儿如果仍未好转,可根据患儿的症状、眼科医师操作的熟练程度和技术水平而选择作鼻泪管探通。以免因泪囊长期积聚脓液引起扩张,泪囊失去张力,而造成即使泪道通畅后依然流泪;或长期慢性炎症造成下泪道粘连,使鼻泪管探通一次成功率明显降低。

对于行泪道探通3次或3次以上复发的婴幼儿泪囊炎,此类难治性婴幼儿泪囊炎可选择行细硅胶管泪道置管术。导管的留置可防止泪道瓣膜创面粘连,同时置入泪道支撑内管,起到扩张泪道促进创面愈合,防止再粘连的作用。还可作为泪道上皮爬行的支撑物,为促进上皮修复提供时间及空间,使泪道保持通畅,恢复正常导泪功能^[21]。而极少数可能是骨部狭窄、阻塞或鼻部畸形所造成泪道阻塞,目前尚无此类患儿治疗方法的报道。吴文灿等报道在鼻内窥镜直视下进行泪囊鼻腔造瘘术联合人工泪小管植入治疗成人骨部狭窄及鼻部畸形取得了很好的疗效,鼻内窥镜下泪囊鼻腔造瘘术被认为是治疗成人难治性鼻泪管阻塞的一种理想手段^[22,23],其优点有创伤小、无颜面部瘢痕、直视下操作、并发症少、可同期处理鼻部病变等。但尚无学者将其应用于婴幼儿泪囊炎的治疗,可能是考虑到婴幼儿鼻腔空间小,损伤鼻黏膜后可能导致鼻腔粘连;肉芽组织增生较成人严重,易造成造瘘口的闭塞等因素。

综上所述,如何选择最合适的方法使患儿既能解除泪道阻塞又能减少创伤是眼科医生研究的重点。在设计治疗方案之前必须考虑到多种因素,如患儿年龄、分泌物的多少、阻塞的部位、有无骨性狭窄以及患儿全身的状况。在尽量减少患儿并发症的首要前提下,合理采用最简单有效的方法应该成为眼科医师今后临床研究的方向。而骨性狭窄或鼻部畸形所引起的婴幼儿泪囊炎是目前眼科医师治疗的难点。

参考文献

- 1 Bharathi MJ, Ramakrishnan R, Maneksha V, et al. Comparative bacteriology of acute and chronic dacryocystitis. *Eye (Lond)* 2008; 22 (7): 953-960
- 2 杨慧玲,陶利娟,唐晓荣. 新生儿泪囊炎病原菌分析. 医学临床研究

- 2008;25(1):163-164
- 3 Kuchar A, Lukas J, Steinkogler FJ. Bacteriology and anti-biotic therapy in congenital nasolacrimal duct obstruction. *Acta Ophthalmol Scand* 2000;78(6):694-698
- 4 Sun X, Liang Q, Luo S, *et al.* Microbiological analysis of chronic dacryocystitis. *Ophthalmic Physiol Opt* 2005;25(3):261-263
- 5 李艳艳. 泪囊按摩治疗先天性泪道阻塞疗效观察. *中国现代医生* 2007;45(12s):22-59
- 6 张秋雁, 杨铁嵘, 王明磊. 双向按压法治疗婴幼儿先天性泪道阻塞 200 例. *国际眼科杂志* 2004;4(3):480
- 7 郭向明, 关天芹, 张清炯, 等. 先天性鼻泪管阻塞的综合治疗. *眼科新进展* 2002;26(1):40-41
- 8 马宗. 婴幼儿泪囊炎的治疗体会. *临床眼科杂志* 2004;12(5):77-78
- 9 陈嘉莹, 徐威, 黄瑞珠, 等. 泪道探通加冲洗术治疗婴幼儿泪囊炎 183 例分析. *中国误诊学杂志* 2006;6(19):3789-3790
- 10 苏鸣, 滑惠兰, 任生刚, 等. 先天性泪囊炎泪道造影临床观察. *中国斜视与小兒眼科杂志* 2002;10(3):134
- 11 Guan T, Huang W, Jiang F, *et al.* Probing of lacrimal passage on congenital dacryocystitis. *Yan Ke Xue Bao* 2002;18(2):123
- 12 曾庆广, 刘苏冰, 孟晓, 等. 532 激光泪道成形术治疗泪道阻塞的临床研究. *国际眼科杂志* 2008;8(8):1699
- 13 毛海燕, 刘文, 符琼英, 等. 泪道探通术治疗先天性泪囊炎 150 例. *中国眼耳鼻喉科杂志* 2009;9(2):103-104
- 14 黄学林, 麦飞, 伍燕飞, 等. 婴幼儿难治性泪囊炎的临床分析及植管治疗. *中国社区医师(综合版)* 2007;9(11):62
- 15 庄建福, 潘美华, 任小军, 等. 泪道探通联合硬膜外麻醉导管置入术治疗新生儿泪囊炎. *国际眼科杂志* 2009;9(3):602-603
- 16 马巧云, 陈又昭, 刘爱群. 先天性鼻泪管阻塞治疗方法探讨. *眼科学报* 1985;(2):129-130
- 17 Tahat AA. Dacryostenosis in newborns: probing, or syringing, or both. *Eur J Ophthalmol* 2000;10(2):128-131
- 18 Singh Bhinder G. Singh Bhinder H repeated probing results in the treatment of congenital nasolacrimal duct obstruction. *Eur J Ophthalmol* 2004;14(3):185
- 19 Ecker BB. The treatment of congenital dacryocystocele. *Am J Ophthalmol* 2006;142(5):835-838
- 20 张淑红, 吴兢, 王宏伟. 先天性泪囊炎探通时机的选择. *中国眼耳鼻喉科杂志* 2005;5(3):169-170
- 21 赖苏文, 林萍, 盛蓉晖. 一次性硬膜外导管治疗儿童泪道阻塞 20 例. *国际眼科杂志* 2007;7(6):602-603
- 22 Hartikainen J, Antila J, Varpula M, *et al.* Prospective randomized comparison of endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy and external dacryocystorhinostomy. *Laryngoscope* 1998;108:1861-1866
- 23 Watkins LM, Janfaza P, Rubin PA. The evolution of endonasal dacryocystorhinostomy. *Surv Ophthalmol* 2003;48(1):73-84